

Αυξητικό (aggressive) οστεοβλάστωμα περόνης. Αναφορά περιστατικού.

Σαββίδης Ματθαίος, Γκούβας Γεώργιος.

Α΄ Ορθοπαιδική κλινική 424 ΓΣΝΕ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφεται περιστατικό αυξητικού οστεοβλαστώματος στη διάφυση της δεξιάς περόνης που αφορά σε άνδρα 19 ετών, με τοπική διόγκωση και άλγος κατά τη βάδιση. Έγινε απεικονιστική διερεύνηση, ανοιχτή βιοψία του όγκου και χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ

Οστεοβλάστωμα αυξητικό – περόνη

Aggressive osteoblastoma of the fibula in an adult.

A case report.

ABSTRACT

M Savvidis, G. Gkouvas.

1st Orthopaedic Department – 424 M.H.TH - Greece

We report a case of aggressive osteoblastoma in the diaphysis of the tibia, in a 19 year-old man, presenting with local swelling and pain while walking. Imaging studies were performed, including x-ray, CT, MR and bone scintigraphy, followed by open biopsy and surgical resection of the tumor.

Key Words: Osteoblastoma aggressive - fibula

Αυξητικό (aggressive) οστεοβλάστωμα περόνης. Αναφορά περιστατικού.

Σαββίδης Ματθαίος, Γκούβας Γεώργιος.

Α΄ Ορθοπαιδική κλινική 424 ΓΣΝΕ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η περίπτωση αφορά σε άνδρα 19 ετών με διόγκωση στην μεσότητα της δεξιάς περόνης και άλγος κατά την βάδιση. Κλινικά διαπιστώθηκε οίδημα και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στην περιοχή.

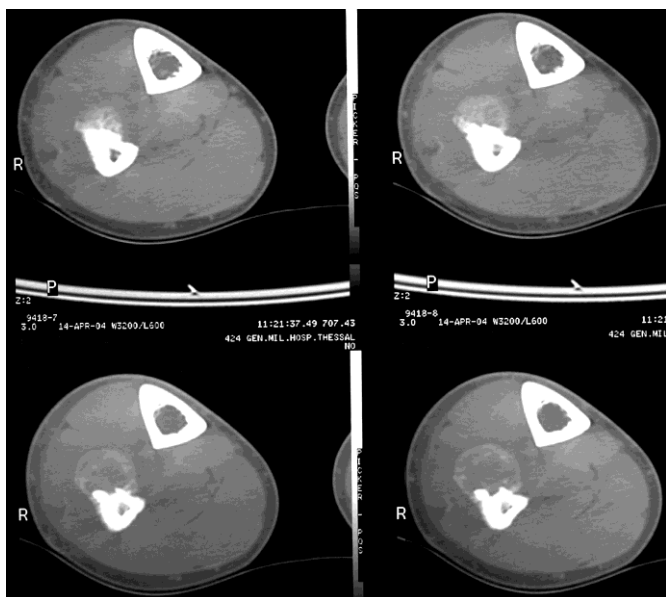
Στην απλή ακτινογραφία (εικ.1) βρέθηκε στη διάφυση της δεξιάς περόνης έκκεντρη λυτική βλάβη του φλοιού, με σαφή και ομαλά όρια, διεύρυνση του φλοιού, συμπαγής ομαλή περιοστική αντίδραση στην περιφέρεια, απουσία σκληρυντικής παρυφής και ύπαρξη στικτών επασβεστώσεων στο εσωτερικό της.



Εικόνα 1- Ακτινογραφία κνήμης: Στη διάφυση της δεξιάς περόνης παρατηρείται λυτική βλάβη, με έκκεντρη διόγκωση του οστού, ομαλά όρια, περιοστική αντίδραση στην περιφέρεια, απουσία σκληρυντικής παρυφής και ύπαρξη στικτών επασβεστώσεων στο εσωτερικό της.

Ο εργαστηριακός έλεγχος (γεν. αίματος, CRP, νεοπλασματικοί δείκτες και βιοχημικός έλεγχος) ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με υπολογιστική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών.

Στην υπολογιστική τομογραφία (εικ.2α, 2β) παρατηρήθηκαν όμοια ευρήματα με αυτά της απλής ακτινογραφίας και επιπλέον διαπιστώθηκε ότι οι εσωτερικές επασβεστώσεις αφορούσαν στη δημιουργία οστίτη ιστού κυρίως στην περιφέρεια της βλάβης.

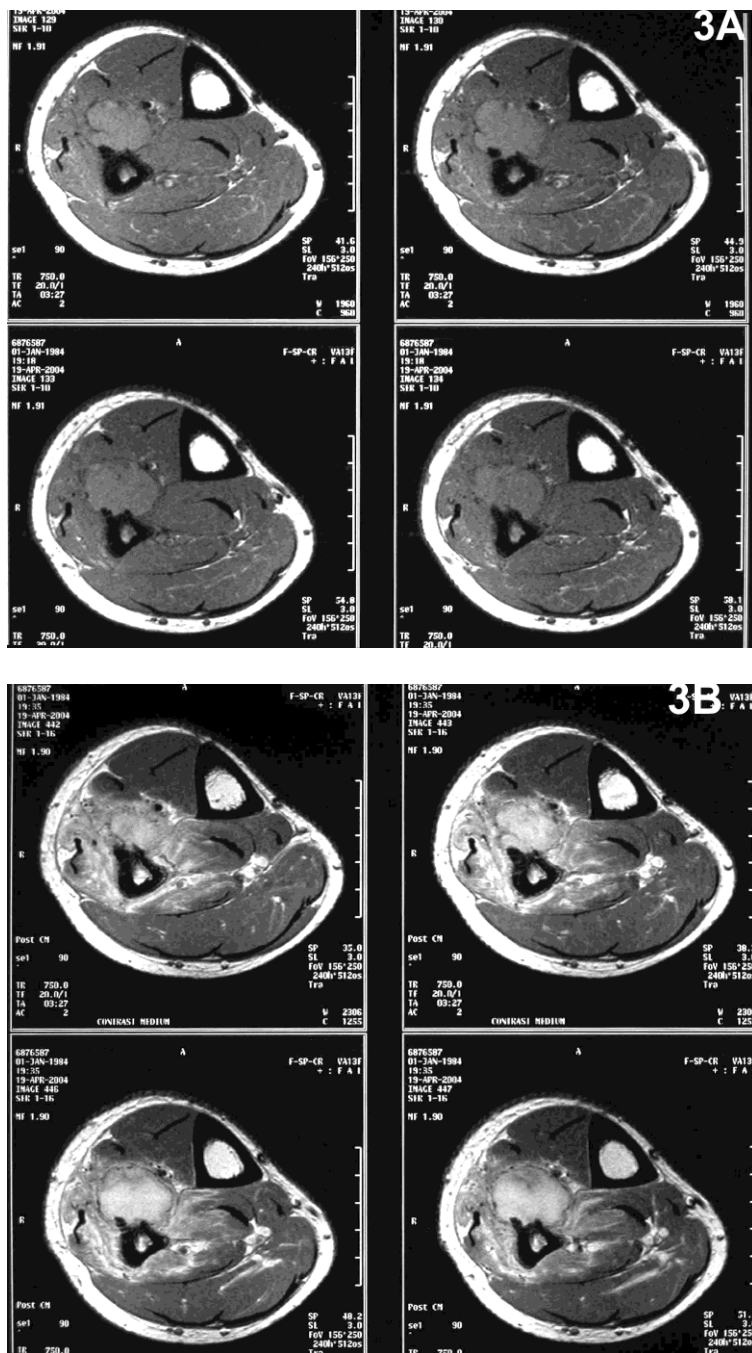


Εικόνα 2α. – Υπολογιστική τομογραφία: Διακρίνονται οστικές δοκίδες στην περιφέρεια της βλάβης και οστικά τεμάχια στο εσωτερικό της. Η δημιουργία οστίτη ιστού αφορά κυρίως την περιφέρεια της βλάβης.



Εικόνα 2β - Ευρήματα στην ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία οβελιαίες τομές.

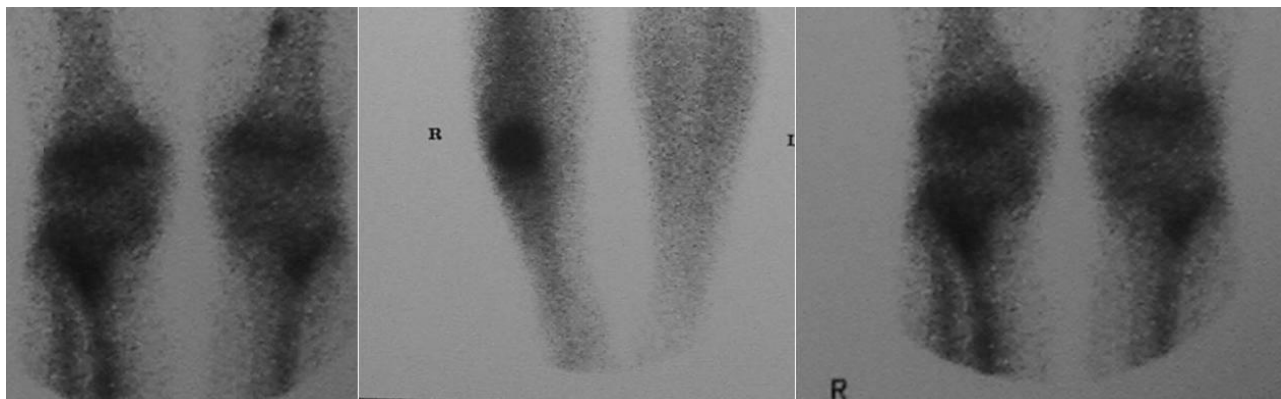
Στη μαγνητική τομογραφία απεικονίστηκε εξωφυτικός όγκος εξορμώμενος από την επιφάνεια του φλοιού της περόνης με λοβωτή παρυφή, χωρίς επέκταση της μάζας στο μυελό και ανομοιογενής εμπλουτισμός του όγκου μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαστικού (εικ.3α, 3β). Παρατηρήθηκε επίσης οίδημα του μυελού(εικ.3γ) και των πέριξ μαλακών μορίων (3δ).



Εικόνες 3α,3β,3γ,3δ Μαγνητική τομογραφία: (α)T1-SE ακολουθία , (β)T1-SE μετά ΕΦ χορήγηση σκιαστικού, (γ)οβελιαία T1-SE μετά ΕΦ χορήγηση σκιαστικού και (δ)T2- SE. Παρουσία μάζας που εξορμάται από το φλοιό της περόνης με λοβωτά όρια και εμπλουτισμό μετά τη χορήγηση σκιαστικού. Εμπλουτισμός των γειτονικών μαλακών μορίων στην περιοχή της βλάβης, με υψηλό σήμα

στην T2- SE, καθώς και παθολογικό σήμα του μυελού τοπικά στο ύψος της βλάβης, χωρίς εμπλουτισμό, που αποδόθηκαν σε οίδημα (flare phenomenon).

Στο σπινθηρογράφημα οστών με ενδοφλέβια χορήγηση Tc^{99m} (εικ.4), παρατηρήθηκε αυξημένη καθήλωση του ισοτόπου στη μεσότητα της δεξιάς περόνης και σε μικρότερο βαθμό σε όλο το δεξιό κάτω άκρο, τόσο στην πρόιμη όσο και στην καθυστερημένη φάση.



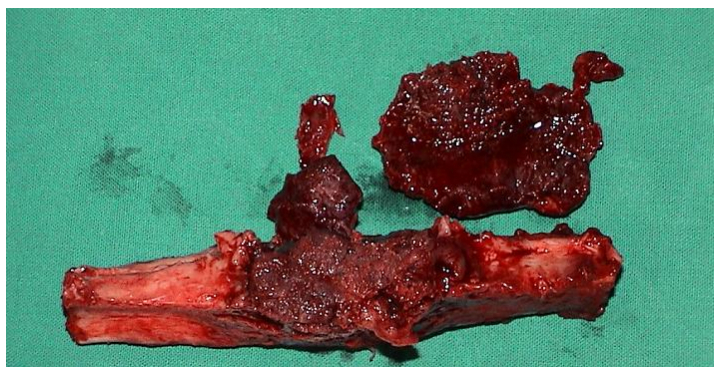
Εικόνα 4 – Σπινθηρογράφημα οστών με Tc^{99m} : Αυξημένη καθήλωση του ισοτόπου στην μεσότητα της δεξιάς περόνης και σε μικρότερο βαθμό σε όλο το δεξιό κάτω άκρο.

Η διαφορική διάγνωση που τέθηκε ήταν: (α) περιοστικό οστεοσάρκωμα (β) φλοιικό οστεοβλάστωμα.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε ανοιχτή βιοψία του όγκου, από την οποία τέθηκε η διάγνωση του αυξητικού οστεοβλαστώματος. Ακολούθησε τμηματική εκτομή της περόνης (εικ.6α, 6β).

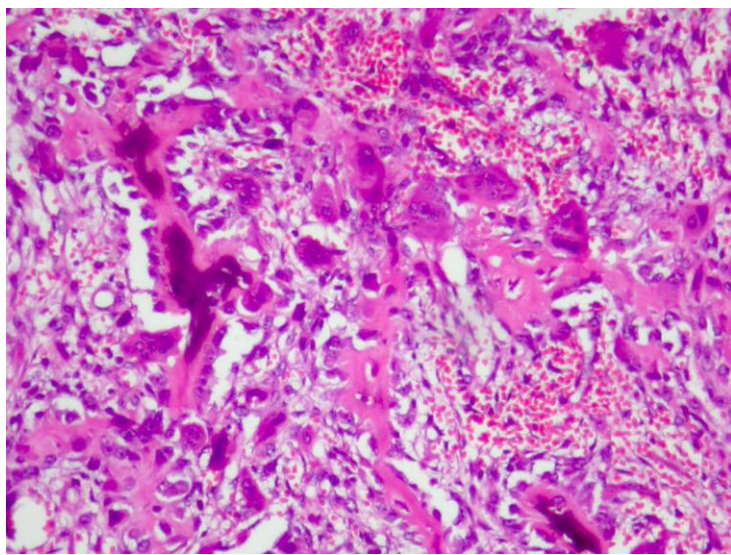


Εικόνα 6^α – Αδρό παθολογοανατομικό παρασκεύασμα της αφαιρεθείσας περόνης 1.



Εικόνα 6^β – Αδρό παθολογοανατομικό παρασκεύασμα της αφαιρεθείσας περόνης 2.

Η παθολογοανατομική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του αυξητικού οστεοβλαστώματος και την αφαίρεση του όγκου επί υγιών ιστών (εικ.5).



Εικόνα 5 – Χρώση HtE X 20: Οστεοδοκίδες συχνά με επαβεστώσεις, με ζώνη προβάλλουσας οστεοβλαστικής δραστηριότητας. Χαλαρό ινώδες υπόστρωμα με εξαγγειωμένα ερυθρά, μεγάλες επιθηλιομορφες οστεοβλάστες και οστεοκλάστες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το οστεοβλάστωμα αποτελεί περίπου το 1% έως 2% των καλοηθών όγκων των οστών. Έχει σημαντική ιστολογική ομοιότητα με το οστεοειδές οστέωμα αλλά δυνητικά διαφορετική κλινική πορεία, λόγω της πιθανότητας μετεγχειρητικής τοπικής υποτροπής ή σπανιότερα κακοήθους εξαλλαγής.

Η συχνότητα εμφάνισης σε σχέση με το φύλο είναι 2:1 άνδρες προς γυναίκες. Συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία (μέση ηλικία 16 έτη, εύρος 3-72 έτη).

Κλινικά τα συμπτώματα είναι βύθιο, συνεχές και σταθερό άλγος, που συχνά συνοδεύεται από ευαισθησία στην πίεση στο σημείο του όγκου. Η διάρκεια του άλγους είναι από μερικούς μήνες μέχρι αρκετά χρόνια.

Η συχνότερη εντόπιση του οστεοβλαστώματος είναι η σπονδυλική στήλη (30% - 50%), κυρίως στο σπονδυλικό τόξο και στην ακανθώδη απόφυση. Περίπου 30% των οστεοβλαστωμάτων εμφανίζονται στα μακρά οστά, κυρίως των κάτω άκρων (στο 50% των περιπτώσεων στα μηριαία οστά). Το 75% των βλαβών στα μακρά οστά εντοπίζονται στη διάφυση και όλες οι υπόλοιπες στη μετάφυση. Το 60% των οστεοβλαστωμάτων των άκρων χειρών και άκρων ποδών εμφανίζονται στον αστράγαλο, κυρίως στον αυχένα. Στα μακρά οστά εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα στη φλοιώδη και μυελώδη μοίρα.

Απεικονιστικά τα οστεοβλαστώματα είναι επιμήκεις, συνήθως γεωγραφικές λυτικές βλάβες, που μπορεί να αφορίζονται από σκληρυντικό όριο. Προκαλούν συχνά διεύρυνση του οστού με ομαλή λέπτυνση του φλοιού (88% των περιπτώσεων). Περιοστική αντίδραση συμπαγής ή πεταλιώδης εμφανίζεται σε ποσοστό 77%. Ανώμαλη καταστροφή του φλοιού ή ανώμαλη περιοστική αντίδραση είναι σπάνια. Το εσωτερικό της βλάβης μπορεί να είναι ακτινοδιαυγαστικό, να εμφανίζει στικτές επασβεστώσεις, ή να είναι ακτινοσκοιρό λόγω εκτεταμένης επασβέστωσης του παραγόμενου οστεοειδούς.

Συχνό εύρημα στο MRI είναι η αντιδραστική φλεγμονώδης διήθηση ενδοοστικά, καθώς και στα γειτονικά μαλακά μόρια (flare phenomenon).

Αν και η πλειοψηφία των οστεοβλαστωμάτων ιστολογικά είναι καλοήθεις όγκοι, υπάρχει μια κατηγορία οστεοβλαστικών βλαβών με πολύ μεγαλύτερη τοπικά επιθετική συμπεριφορά από το συμβατικό οστεοβλάστωμα, για τα οποία χρησιμοποιείται ο όρος αυξητικό οστεοβλάστωμα (aggressive osteoblastoma). Τα αυξητικά οστεοβλαστώματα εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία από τα τυπικά οστεοβλαστώματα, πολλά πάνω από την ηλικία των 30 ετών. Μπορούν να εμφανιστούν

στα μακρά οστά, τα οστά της πυέλου, το κρανίο, τα οστά των άκρων χειρών και άκρων ποδών. Ακτινολογικά είναι ελαφρώς μεγαλύτερα σε μέγεθος από το τυπικό οστεοβλάστωμα (μέγιστη διάμετρος πάνω από 8,5cm). Τα περισσότερα έχουν σαφή όρια και ποικίλης έκτασης σκληρυντική παρυφή. Μερικές φορές τα αυξητικά οστεοβλαστώματα έχουν ανώμαλα όρια ή περιοστική αντίδραση που θέτει την υπόνοια πιθανής κακοήθειας, όπως επίσης μπορεί να προσβάλλουν τα γειτονικά οστά.

Η ταξινόμηση κατά Dorfman κατατάσσει τους οστεοβλαστικούς όγκους οριακής κακοήθειας σε 4 κατηγορίες:

1. Low-grade οστεοσαρκώματα που μοιάζουν ιστολογικά με οστεοβλαστώματα.
2. Σπάνιες περιπτώσεις οστεοβλαστωμάτων που εξαλλάσσονται σε οστεοσαρκώματα.
3. Πολύ σπάνιες περιπτώσεις, τυπικών, κλινικά και ακτινολογικά, οστεοβλαστωμάτων με ψευδοσαρκωματώδη ιστολογική εικόνα και συμπεριφορά τυπικού οστεοβλαστώματος.
4. Τοπικώς επιθετικά οστεοβλαστώματα, που συχνά υποτροπιάζουν, δεν μεθίστανται, και έχουν χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα (αυξητικά οστεοβλαστώματα).

Είναι προφανές ότι για το αυξητικό οστεοβλάστωμα η βασική διαφοροδιάγνωση αφορά στο οστεοσάρκωμα (low grade), με το οποίο εμφανίζει παρόμοιους απεικονιστικούς χαρακτήρες και η διάκρισή τους είναι πρακτικά αδύνατη απεικονιστικώς. Οι όγκοι αυτοί θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση σε κάθε περίπτωση οστεοβλαστικής βλάβης που δεν εμφανίζει σαφείς απεικονιστικούς χαρακτήρες τυπικού οστεοσαρκώματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dorfman HD, Weiss SW. Borderline osteoblastic tumors: problems in the differential diagnosis of aggressive osteblastoma and low-grade osteosarcoma. *Semin Diagn Pathol.* 1984;1(3):215-34
2. Fechner ER, Mills ES. Atlas of tumor pathology. Tumors of the bones and joints. AFIP 1992, 32-38.
3. Greenfield GB, Arrington JA. Imaging of bone tumors. J. B. Lippincott Company.1995, 176-180
4. Bloem LJ, Kroon MH. Osseous lesions. *Radiol Clin North Am* 1993; 31:263-265.
5. Lucas DR, Unni KK, McLeod RA et al. Osteblastoma: clinicopathologic study of 306 cases. *Hum Pathol.* 1994 Feb;25(2):117-34.
6. Cerase A, Priolo F. Skeletal benign bone-forming lesions. *Eur J Radiol.* 1998 May;27 Suppl 1:S91-7.